

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

306

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Constantin SERVIANOFF

Né le 6 Janvier 1900 à ECATERINODAR (Russie)

La Torsion de l'Hydatide
pédiculée
de Morgagni chez la femme

Président : M. CUNÉO, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Constantin SERVIANOFF

Né le 6 Janvier 1900 à ECATERINODAR (Russie)

La Torsion de l'Hydatide
pédiculée
de Morgagni chez la femme

Président : M. CUNÉO, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale
 Révision des

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 N...
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBOUILLÉ
 NOBECOURT.
 D. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 LEVY-SOLAL
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDDANE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 VILLARET.
 BEZANÇON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 CROUZON.
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 DOGNON Physique.
 FUNCK-
 ERENTANO Pathologie chirurgicale.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LEROUX	Anatomie pathologique
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CPABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ ...	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MA FEMME

A MON FILS ET A MES FILLES

La Torsion de l'Hydatide pédiculée de Morgagni chez la Femme

INTRODUCTION

Alors que les lésions de l'hydatide sessile de MORGAGNI chez l'homme ont fait l'objet de nombreuses publications depuis le travail de MOUCHET (1922) la pathologie de l'hydatide pédiculée chez la femme est encore très incomplètement connue. Malgré les quelques observations éparses rencontrées dans la littérature médicale, aucun travail d'ensemble ne lui a été consacré. Aussi avons-nous cru intéressant, en groupant les faits observés, de procéder à une étude de la question et de définir ses aspects anatomo-pathologique et clinique.

Nos recherches bibliographiques, pourtant assez vastes nous ont permis de retrouver onze observations publiées dans la littérature. La première en date est celle de RUSSELL ANDREWS publiée en 1912 dans *le Journal d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Empire Britannique*. D'autres observations anglaises et américaines ont suivi : ce sont les observations de WATERS (1919), ABERNETHY, JOHNSTON (1929), HEINRICH et BROOKLYN (1931), MACDERMOTT (1934), de TRACTENBERG et BROOKLYN (1936).

Les publications françaises, moins nombreuses comptent quatre observations. Celle de OKINCZYC publiée dans les diagnostics urgents de MOUDOR, celle de ROUDIL (de Bordeaux), enfin de TAILHEFER et ADRIANOPOULO et de SALMON.

ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE DE L'HYDATIDE PEDICULEE DE MORGAGNI

Ce terme doit désigner exclusivement les vésicules appendues à l'une des franges du pavillon. L'hydatide pédiculée ou hydatide de MORGAGNI est une vésicule à paroi mince, renfermant un liquide clair, Le pédicule est plein et sa longueur très variable, depuis quelques millimètres jusqu'à quelques centimètres. Sa paroi est formée d'une couche musculaire présentant des fibres circulaires et des fibres longitudinales, doublée extérieurement par le péritoine et intérieurement par une muqueuse présentant un épithélium cilié. Celui-ci est en général composé de cellules cylindriques dont le noyau est situé vers la partie basale de la cellule.

Cet organe, décrit par MORGAGNI en 1762, est loin d'être constant. Au point de vue de sa fréquence l'hydatide se rencontre une fois sur cinq d'après LUSCHKA, d'après BALLANTYNE et WILLIAMS elle se voit dans 20 % des cas chez le fœtus et dans 8 % des cas chez les adultes. CRUVEILHIER, SAPPEY, HENLE, WALDEYER, HEINNIG, DEBIERRE, RAUBER, admettent aussi son existence et décrivent son insertion soit sur la frange tubo-ovarienne, soit sur une frange quelcon-

que du pavillon. RIEFFEL considère sa présence comme tout à fait exceptionnelle. ROTH et KOSSMANN la disent également excessivement rare. Dans son travail paru en 1899, Kossa nie son existence d'une façon absolue et montre que les observateurs antérieurs ont été réduits en erreur par un examen superficiel. Pour lui ce que décrit comme hydatide terminale n'est qu'une frange un peu plus longue et déformée ou un appendice, dont le pédicule, tout en cheminant au contact immédiat du pavillon s'insère en réalité sur le ligament large. D'après le même auteur on observe par contre d'une façon incontestable sur le ligament large et en particulier dans la région du corps de ROSEMMÜLLER, des appendices dénommées à tort hydatides de MORGAGNI. Ces corps, d'existence assez fréquente (1 fois sur 5) se verraient surtout dans l'âge avancé. Leur situation est dans la région intermédiaire au pavillon et au pôle supérieur de l'ovaire et sont presque constamment implantés sur le feuillet antérieur et inférieur du mésosalpinx.

Pour ROLKITANSKY, ROTH et ROSSA les appendices vésiculeux ou pédiculés du ligament large se présentent sous trois aspects différents :

1° A l'état d'appendices frangés dont le pédicule se termine par un bout renflé, muni de quelques franges, mais sans qu'il y ait à proprement parler d'infundibulum.

2° A l'état d'appendices infundibulaires, c'est-à-dire ressemblant au pavillon normal et s'ouvrant dans la cavité abdominale.

3° A l'état d'appendices kystiques, dont le pédicule long parfois de trois centimètres porte une grosse vésicule (grain de millet, haricot) trantôt remplie de liquide clair, tantôt flasque, quand celui-ci s'est échappé (RIEFFEL).

Leur paroi est celluleuse, bien vascularisée, leur face interne tapissée par un épithélium cylindrique ou cubique, parfois à cils vibratiles, plus rarement pavimenteux.

Leur origine a donné lieu à de nombreuses controverses. ROKITANSKY, KOBELT, HENLE, FOLLIN les font dériver des canalicules les plus externes du corps de ROSENMULLER, lesquels en se dilatant forment un petit kyste intraligamenteux, dont la pédiculisation ultérieure forme la vésicule. Par contre LUSCHKA HENNIG les considèrent comme dérivant de l'extrémité proximale du canal de WOLFF. KOSSMANN et AMPT assimilent ces appendices à des trompes accessoires et leur attribuent une origine mullerienne. KOSSA, qui a consacré à cette question un important mémoire, distingue les appendices kystiques et les appendices ouverts. Les premiers dépendent de l'éposphoron et se produisent soit pendant la vie fœtale par pédiculisation et dilatation de quelques tubes, soit par usure du feuillet antérieur du ligament large et extériorisation des kystes.

L'existence de l'hydátide terminale pédiculée de MORGAGNI semble pourtant être admise aujourd'hui par la majorité des auteurs, ses connexions avec une frange du pavillon tubaire est expressément spé-

cifiée dans presque toutes nos observations. Le problème de son origine embryologique n'est cependant pas encore complètement résolu. Alors que nombre des auteurs admettent qu'elle représente l'extrémité proximale du conduit de Muller, pour d'autres (TOURNEUX) elle doit être homologuée à l'hydatide pédiculée que l'on observe chez le mâle; comme elle constituerait un vestige du segment supérieur pronéphrétique, du canal de WOLFF.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

La torsion de l'hydatide pédiculée de MORGAGNI est une affection de la fille ou de la femme jeune. Cinq fois, elle est survenue chez des jeunes filles âgées de moins de vingt ans, la plus jeune étant âgée de neuf ans. Les autres cas concernent des femmes jeunes en pleine activité génitale. Ce fait peut être explicable par la disparition fréquente de l'hydatide chez les personnes âgées.

La pathogénie de la torsion de l'hydatide est aussi obscure que celles de toutes les autres torsions, et ne présente en ce qui concerne ses conditions déterminantes, pensons-nous, aucune particularité.

Sans vouloir entrer dans le domaine des hypothèses proposées à l'explication de cette lésion, nous croyons utile de préciser certaines conditions qui paraissent favoriser la torsion. Parmi celles-ci, une, certainement très importante, d'ordre anatomique est constituée par la longueur du pédicule de l'hydatide qui va de un à quatre centimètres. La deuxième nous paraît être l'existence d'une lésion pelvienne et plus particulièrement annexielle. Dans nos observations nous rencontrons fréquemment l'existence d'une ovarite scléro-kystique très nette parfois donnant lieu à la

formation de kystes folliculaires volumineux (obs. d'ABERNETHY). Enfin dans quatre cas la torsion est en rapport direct avec l'état de gravidité, et l'on connaît le rôle favorisant de celle-ci, tant à cause de l'ascension de l'utérus que de la laxité tissulaire qui l'accompagne. Cette complication s'est produit deux fois pendant la première moitié de la grossesse (obs. de RUSSEL et TAILHEFER et ADRIANOPOULO), une fois au cinquième mois (obs. de JOHNSTON) et une fois pendant ou dans les suites immédiates d'un avortement incomplet (obs. ABERNETHY).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions rencontrées au cours de la torsion de l'hydatide de MORGAGNI sont, au point de vue de l'anatomie pathologique générale les mêmes que celles que l'on observe dans les torsions de n'importe quel autre organe. Elles passent successivement par les stades de congestion, d'infarctus, d'hémorragie intra ou extra tumorale et la terminaison en est la rupture par éclatement ou par nécrose.

La vésicule tordue se présente à l'ouverture du péritoine sous la forme d'un corpuscule globuleux ou oblong, son volume est très variable : en général il a celui d'une cerise ou d'une grosse olive, parfois cependant il est plus petit (un centimètre) ou bien de volume plus important, son grand diamètre atteignant quatre ou cinq centimètres ne s'est rencontrée que dans deux de nos cas. Sa couleur est rouge ou rouge violacé, dans les cas plus avancés rouge noir ou franchement noirâtre.

Le péritoine qui la recouvre est dépoli et perd son aspect brillant normal. Sous lui, on voit souvent un lacis veineux engorgé et dilaté sillonnant la surface de la tumeur.

La consistance est dure et tendue, elle donne à la palpation la sensation tactile d'une bille.

La tumeur est reliée à une frange tubaire par un pédicule plus ou moins long, variant entre un et quatre ou cinq centimètres. Celui-ci est tordu sur lui-même d'un ou deux tours de spire complets. Le sens de la torsion n'est pas noté dans toutes les observations mais il semble se faire plus fréquemment dans la direction des aiguilles d'une montre.

Les rapports du pédicule avec les franges du pavillon tubaire méritent d'être soigneusement précisés car ils constituent le seul critérium permettant de différencier l'hydatide pédiculée des corpuscules du ligament large, développés aux dépens des restes Wolffiens. Dans nos observations les auteurs sont pour la plupart très précis et affirment qu'il s'agit bien d'une hydatide de MORGAGNI.

Le contenu du kyste, tordu est variable; il dépend de la date de l'opération par rapport aux débuts des accidents; séreux ou séro-grumeleux, louche, pendant les premières heures, il devient plus tard séro sanguinant. Parfois la paroi de l'hydatide est moulée sur un caillot de sang.

La cavité péritonéale est en général libre. Pourtant dans certains cas on trouve un liquide séro-hématique peu abondant ou plus rarement du sang pur.

La terminaison évolutive de la torsion laissée à elle-même, est la rupture. Nous la notons dans l'observation d'OKINCZYC. Malgré celle-ci il ne s'était produit aucune réaction péritonéale. Ce fait est compréhensible si l'on prend en considération le petit vo-

lume de l'hydatide et l'évolution aseptique de la torsion.

Notons enfin qu'il ne semble pas y avoir de prédominance côté. Sur onze observations la torsion s'était produite cinq fois à gauche et six fois à droite.

Au point de vue histologique les lésions ne diffèrent en rien de celles que l'on trouve dans les torions des organes creux. Au début on trouve une congestion veineuse due à la compression de celles-ci et une diapédèse intense. Plus tard les lésions s'acheminent vers l'infarctus et la nécrose aseptique.

ETUDE CLINIQUE

Il est curieux de constater combien les signes fonctionnels qui accompagnent la torsion de l'hydatide sont importants et contrastent avec le peu d'importance de celle-ci. Ils sont souvent dramatiques et peuvent faire redouter une affection chirurgicale grave.

Le début est en général brutal et se fait par une douleur très intense, parfois atroce, syncopale. En général, malgré que son acuité soit grande, elle est supportable. Plusieurs malades, en effet, viennent consulter bien après le début des accidents. Dans quelques cas son intensité a pu faire envisager une rupture de grossesse tubaire ou même de rupture utérine (obs. de JOHNSTONE). La malade de OKINCZYK était pâle, recouverte de sueurs froides en état de syncope. Il est vrai que dans ce dernier cas il s'agissait d'une torsion suivie de rupture et la gravité des signes fonctionnels doit être plutôt imputée à l'irritation péritonéale par le liquide épanché ressemblant par ce fait à la rupture ou à l'avortement d'une grossesse tubaire. Dans d'autres cas la douleur revêt le type de colique et va en s'accroissant. Plusieurs malades ont été opérés sur la constatation de la persistance et surtout de l'aggravation de cette douleur.

Elle siège dans le bas-ventre uniquement localisée ou prédominant du côté droit. Cependant, il n'est pas rare de noter au début une douleur généralisée et se localisant par la suite.

Elle s'accompagne presque constamment de nausées et de vomissements, parfois très abondants. A la période du début la malade est shockée. Le pouls est rapide, dépasse 100, la température normale ou en légère ascension. Plus rarement le crochet thermique est plus important et atteint 39° ou 40° pour redescendre rapidement aux environs de 38°. Dans une seule observation il y avait de l'hypothermie (35°9) .

Le faciès est pâle, souvent angoissé et recouvert de sueurs froides.

Cette période de shock, lorsqu'elle existe, est de très courte durée. Bientôt le pouls se met en rapport avec la température, le faciès se recoloré. Il n'existe aucun signe d'hémorragie interne.

L'examen abdominal, en dehors de l'étude de la douleur apporte peu de précision.

La douleur provoquée, plus ou moins vive au palper est en général basse, située au-dessus du pubis et de l'arcade crurale. Elle est unilatérale. Cependant son siège est très variable. Souvent elle est localisée au niveau ou même au-dessus du point de MACBURNY, et l'on conçoit aisément, lorsqu'il s'agit du côté droit que la confusion avec l'appendicite soit fatale.

La région douloureuse est tantôt absolument souple

sans la moindre contracture, tantôt légèrement rigide sans que l'on puisse parler de contracture vraie, la simple défense du côté atteint est assez fréquente et se rencontre dans la moitié des cas. Elle existait notamment dans les cas d'ABERNETHY, WATERS, MAC DERMOTT, TAILHEFER et ADRIANOPOULO, ROUDIL.

Enfin, dans deux observations la douleur s'accompagne d'un certain degré de sub-occlusion intestinale. Dans le cas de RUSSEL il y avait du météorisme abdominal très important, tympanisme, arrêt des gaz, et même des mouvements péristaltiques.

Le toucher vaginal ou rectal n'est pas plus explicite. On note, en général, un point douloureux dans un cul-de-sac ou dans le Douglas, sans perception d'une masse, le volume de l'hydatide tordue étant en général petit. Dans deux observations cependant le toucher a permis de percevoir une tumeur. Chez la petite malade de ROUDIL on sentait à bout de doigt une petite tumeur mobile, en même temps qu'il existait une sensibilité marquée du cul-de-sac de Douglas. La malade de TRACKENBERG et de BROOKLYN présentait une tumeur nettement perceptible, mobile et très douloureuse, au point que les auteurs ont porté le diagnostic de grossesse extra utérine. Il est vrai que le volume de l'hydatide tordue, était sensiblement plus gros que d'habitude et atteignait quatre centimètres de grand diamètre.

Tels sont les signes découverts par l'examen. Signalons qu'ils n'ont rien de pathogénique.

Les examens de laboratoire montrent souvent

l'existence d'une leucocytose modérée avec polynucléose importante. Ce signe ne saurait être d'aucune utilité pour le diagnostic.

Un élément plus important est fourni par l'interrogatoire de la malade. On apprend, en effet, que la crise qui l'amène à consulter quoique plus grave n'est pas généralement la première. D'autres l'ont précédée, présentant les mêmes caractères cliniques. Douleur brutale à siège hypogastrique, accompagnée de nausée ou de vomissements de durée variant entre quelques heures et un ou deux jours. Ces crises souvent espacées, vont en se rapprochant pendant que leur intensité s'accroît.

La petite malade de SALMON présentait des crises depuis un an étiquetées de coliques. Celle d'ABERNETHY aurait eu plusieurs crises douloureuses importantes. La malade de HEINRICH, celle de TRACTENBERG et BROOKLYN avaient vu ce syndrome douloureux s'aggraver pendant les derniers mois. Enfin, dans d'autres observations les crises étaient très fréquentes pendant les dernières semaines.

Ce syndrome doit correspondre, croyons-nous à des débuts de torsion ou bien à des torsions qui se complètent. Il serait peut-être joint à l'absence de tout autre symptôme génital, le signe le plus caractéristique de cette affection.

En somme le tableau clinique est caractérisé par un début brutal souvent d'une intensité extrême, par un point douloureux bas situé par l'absence de tout signe génital en dehors d'un point douloureux lo-

calisé dans un cul-de-sac. La contracture y fait défaut mais il existe parfois une légère défense. Ce tableau clinique est fréquemment complété par l'existence de crises similaires que l'on retrouve par l'interrogatoire.

L'évolution de cette affection opérée, a été constamment bénigne, la mortalité nulle. En dehors de l'intervention, son évolution nous est totalement inconnue. Cependant étant donné la rareté des cas publiés il serait possible que nombre de crises douloureuses relèveraient de la torsion d'une hydatide pédiculée évoluant spontanément vers la guérison, par la nécrose et la disparition de cet appendice, mais nous nous empressons de dire que cette opinion a la valeur d'une simple hypothèse et ne repose sur aucun fait d'observation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I (RUSSEL)

Malade âgée de 36 ans, enceinte de 6 mois. Le 6 septembre 1912, en se relevant, elle ressent une douleur brutale siégeant dans le côté droit de l'abdomen, persistante et qui oblige la malade à s'aliter. Il n'y a pas eu de vomissement. La douleur n'est pas due à une contraction utérine, mais elle augmente nettement d'intensité lors des mouvements du fœtus.

L'état général est bon, la langue propre, l'appétit conservé. La température est normale. Pouls à 80. Légère constipation. A l'examen, il existe un point douloureux net au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite mais qui ne s'accompagne d'aucune rigidité ou défense. Le ventre est absolument souple. Le rein droit n'est pas perceptible ni sensible. A l'examen des urines il n'y a ni pus, ni albumine. En somme l'examen abdominal de même que le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal. Tous les diagnostics envisagés, appendicite, torsion des annexes ou de tumeur pelvienne, pyonéphrose peuvent être facilement écartés.

Pensant qu'il n'y avait rien de grave, je recom-

mande le repos au lit, des cataplasmes sinapisés et des laxatifs. Le 13 septembre, je suis à nouveau appelé auprès de la malade dont l'état s'était aggravé. L'abdomen est quelque peu météorisé, le point douloureux de la fosse iliaque droite persiste toujours. La malade n'a vomi qu'après avoir pris une purge de l'huile de ricin.

Dans l'après-midi de la même journée, la situation devient plus inquiétante, la douleur augmente d'intensité, le météorisme abdominal devient manifeste, il existe des mouvements péristaltiques.

Un nouvel examen pourtant, exception faite de la distension abdominale, ne montre pas l'apparition de nouveaux signes, mais il devenait évident que la laparotomie s'impose. Je pensais qu'il s'agissait probablement de torsion d'une petite tumeur pelvienne passée inaperçue à l'examen, mais devant mon incertitude, j'ai prié mon collègue le Dr James SHEARER de m'accompagner auprès de la malade.

Intervention. — Nous opérâmes à 9 h. 30 du soir. A l'ouverture du péritoine nous aperçûmes un petit corps rouge que nous prîmes d'abord pour un appendice grangréne mais à l'exploration nous nous rendîmes compte qu'il était attaché à l'extrémité frangée de la trompe droite. Il était long de cinq centimètres, large de deux centimètres et présentait un étranglement de son milieu. Il offrait l'aspect d'une masse primitivement molle, qui s'était par la suite profondément congestionnée et thrombosée. La trompe, l'ovaire et l'appendice étaient sains et normaux. Après

avoir ligaturé le pédicule par lequel cette tumeur était reliée à la trompe nous procédâmes à l'ablation. Une nouvelle exploration de l'abdomen reste entièrement négative, suture de l'incision.

Les suites opératoires ont été mouvementées. Le ballonnement abdominal qui avait paru diminuer après l'intervention, réapparaît le lendemain et persiste pendant plusieurs jours, mais il a fini par céder à l'ésérine et aux lavements d'essence de térébenthine. Guérison.

Examen microscopique. — Il s'agit d'un kyste à paroi mince contenant un caillot de sang.

En résumé, douleurs assez intenses, par crises, avec aggravation progressive, accompagnées plus tardivement de signes de subocclusion réflexe. Elles font poser le diagnostic, chez une femme enceinte, de torsion d'un organe ou d'une tumeur pelvienne.

OBSERVATION N° 2 (M. H. WATERS)

Mlle E..., âgée de 18 ans, vint me consulter pour la première fois le 5 février 1918. La veille elle avait été tout à coup saisie de crampes au bas-ventre, plus marquées du côté gauche. Les douleurs étaient accompagnées de vomissements très abondants et répétés et d'un abattement extrême.

Examen. — Température 38°2, pouls 130. L'abdomen est globuleux modérément tympanique, sensible à la palpation surtout à la région hypogastrique gau-

che. On note une défense modérée du muscle droit gauche et de la région hypogastrique gauche. Le toucher rectal est négatif mais il existe une sensibilité très haute du côté gauche. Numération globulaire 16.800 globules blancs. Formule leucocytaire 86 p. 100 de polynucléaires.

Les antécédents de la malade ne fournissent aucun élément utile au diagnostic. Les règles ont toujours été abondantes et douloureuses. Durant les trois derniers mois elles surviennent toutes les trois semaines et la dysménorrhée s'est aggravée. Fait important cette irrégularité apparut à la suite d'une attaque semblable à celle-ci. Les crises douloureuses surviennent en effet, depuis quelque temps, tous les deux ou trois mois mais leur importance était moindre que la dernière. La malade nie toute possibilité d'affection vénérienne affirmation corroborée par la présence d'un hymen intact.

L'importance des manifestations gastriques, l'existence d'une douleur assez bien localisée, associées à la contracture musculaire, à la fièvre et à l'accélération du pouls, nous font envisager l'hypothèse d'une crise appendiculaire. Cependant nous admettons comme diagnostic probable une torsion, une rupture ou une hémorragie d'un kyste de l'ovaire. Le diagnostic étant toutefois douteux, nous prîmes la décision quelque peu hasardee de temporiser tout en soumettant la malade à une observation médicale stricte.

Pendant les cinq jours qui suivirent la température varie aux environs de 38° cependant que les pulsa-

toins restaient aux environs de 100. Les nausées persistèrent ainsi qu'une sensibilité assez aiguë dans l'hypogastre gauche. Faute d'une amélioration appréciable nous nous décidons à l'opération.

Intervention le 11 février. Nous procédons à une laparotomie médiane sous-ombilicale. Dans la cavité pelvienne il existe une petite quantité de liquide séro-hématique. A l'extrémité externe de la trompe gauche nous découvrons une grande hydatide de MORGAGNI de la grosseur et de la forme d'une grosse olive, de couleur rouge foncé, presque noire, pourvue d'un pédicule long de quatre centimètres environ. Le pédicule était le siège d'une torsion d'un tour complet. Le petit kyste était, très tendu et parcouru sur toute sa surface par un lacis veineux considérable. Ligature du pédicule et ablation du kyste. Les deux ovaires étaient plus gros que normalement, leur surface émaillée d'un grand nombre de follicules athrétiques. Résection partielle des deux ovaires. Ablation de l'appendice normal. Nous terminons par une exploration minutieuse de la cavité abdominale qui ne révèle rien de pathologique. Suture de l'incision abdominale. L'opération est complétée par une dilatation du col utérin.

Suites et convalescence normales. L'état général s'améliore sensiblement, la malade gagna 10 livres en cinq semaines. Les règles sont devenues indolores.

Examen de la pièce. — Le kyste était ovale, rouge foncé et mesurait 2 centimètres et demi sur deux cen-

timètres, le pédicule deux centimètres et demi de longueur.

OBSERVATION N° 3 (ABERNETHY)

Cette observation très intéressante montre bien l'évolution en plusieurs temps de la torsion.

Le 6 août j'ai examiné une femme âgée de 33 ans se plaignant d'une douleur abdominale du côté droit, elle dit avoir eu pendant les trois semaines précédentes plusieurs crises douloureuses de la fosse iliaque droite. Les douleurs semblaient être des coliques et s'étaient aggravées durant les trois derniers jours. Elles provoquèrent des vomissements répétés.

Les dernières règles normales étaient survenues le 8 mai, suivies de deux mois d'aménorrhée; par la suite la malade eut des pertes irrégulières contenant des caillots. Dans les antécédents 3 grossesses menées à terme, trois enfants en bonne santé. En 1921 elle a eu une crise douloureuse abdominale du côté droit du bas ventre considérée comme une appendicite. Elle disparut sans intervention chirurgicale, depuis lors elle ne s'était plainte d'aucun trouble.

L'examen abdominal révèle une douleur et une sensibilité très bas situées, dans la fosse iliaque droite au-dessus du ligament de Poupart. La fosse iliaque et le grand droit droits, sont le siège d'une légère contracture musculaire. La température et

le pouls sont légèrement au-dessus de la normale, 38° et 80. L'examen vaginal révèle un col utérin mou; son orifice extérieur laisse passer le bout du doigt, le corps utérin est en antéverson et antéflexion normales et a le volume d'une grossesse de neuf semaines. Du côté gauche on sent un kyste ovarien de cinq centimètres de diamètre environ. Les annexes droites sont difficilement palpables et paraissent plutôt immobiles. Le diagnostic porté fut celui d'un avortement incomplet dû probablement à une oophorite droite consécutive à une inflammation de l'appendice en position pelvienne. Le 20 août sous anesthésie lombaire nous pratiquons un deuxième examen confirmant les données précédentes. Exploration de la cavité utérine et curettage permettant de retirer plusieurs fragments placentaires nécrosés. On procède alors à une laparotomie sous-ombilicale afin de vérifier l'état de l'appendice et des annexes. L'appendice était allongé et légèrement épaissi mais n'avait rien de sensiblement anormal. De chaque côté il existait un kyste de l'ovaire et attaché à l'extrémité frangée de la trompe droite et il y avait un corps réniforme, de couleur noire et mesurant 3 centimètres environ sur un centimètre. Sa situation était celle ou en général on trouve l'hydatide de MORGAGNI. Son pédicule portait deux torsions complètes et était beaucoup plus long que celui de l'hydatide du côté opposé. Le péritoine le recouvrant était épais et dépoli. Ablation de l'hydatide et de l'appendice. Les kystes ovariens étaient des kystes folliculaires. L'examen de

l'appendice révéla des signes d'une inflammation chronique mais ancienne, le corps réniforme après examen histologique fut reconnu comme étant une hydatide de MORGAGNI tordue.

La malade se rétablit sans incident.

L'existence d'une grossesse interrompue et d'une crise appendiculaire antérieure, ainsi que d'une ovarite séléro-kystique rendait tout diagnostic précis malaisé.

OBSERVATION N° 4 (JOHNSTONE)

Une jeune femme mariée et enceinte de 5 à 6 mois, à la suite d'une chute qu'elle fit en gravissant les marches d'un escalier ressentit une douleur du côté gauche du bas-ventre avec vomissements et sensation de faiblesse. Après deux jours de lit, les douleurs reprennent au lever. Comme son état empirait, malgré le traitement, elle fut envoyée au bout de huit jours à l'hôpital dans un état très grave. Son médecin avait posé le diagnostic d'hémorragie accidentelle dissimulée. Il n'y avait jamais eu d'hémorragie vaginale. Lors de son hospitalisation la malade était d'une très grande pâleur se sentait très mal et son pouls était à 130; lorsque je l'examinais une heure plus tard celui-ci avait passé à 140. C'était une femme maigre dont les parois abdominales ne présentaient aucune contracture. Bien que se plaignant de douleur au bas-ventre (côté gauche) je ne décelai rien d'anormal

tant dans la région abdominale que dans la région pelvienne. La grossesse semblait de 5 mois et demi et était en tous points normale. La forme et la consistance de l'utérus ainsi que l'absence de toute sensibilité de celui-ci ne justifiaient pas un diagnostic d'hémorragie; d'ailleurs au palper on sentait très bien le fœtus. Je ne pouvais en toute sincérité poser un diagnostic. L'état de la malade suggérait bien une hémorragie interne, mais je ne pus découvrir d'épanchement. Je suggérai comme possible une rupture de l'utérus et comme l'état de la malade empirait je décidai d'intervenir. Sur ces entrefaites, arriva M. JARDIN, chirurgien consultant de l'hôpital; sans lui faire part de mon opinion je lui demandai la sienne, il fut du même avis que moi (diagnostic incertain, possibilité d'une rupture utérine).

Nous opérâmes ensemble et constatons une grossesse normale. Nulle trace de viscère rompu. Par contre à l'extrémité de la trompe gauche pendait par un pédicule très mince et bien tordu, une hydatide de MORGAGNI de couleur rouge foncée et de la grosseur d'une cerise. Une fois le kyste enlevé la malade se remit normalement et accoucha à terme d'un enfant normal.

Cette observation est remarquable par sa gravité, qui a fait envisager la possibilité d'une rupture utérine. Les signes fonctionnels et généraux persistent pendant toute la durée de l'affection et disparaissent avec l'opération.

OBSERVATION N° 5 (OKINCZYC)

Mme X., est amenée d'urgence à l'hospice d'Ivry, le 4 décembre 1929, à 10 heures, avec un mot de son médecin qui relate les faits suivants : « Ce matin à 5 heures, la malade a été prise brusquement, dans son lit, de douleurs violentes dans l'abdomen, se localisant surtout dans la fosse iliaque droite, tendance aux syncopes, sueurs froides et nausées. La température prise à ce moment était de 35°9 ».

Le médecin pensait à une appendicite. J'avoue que cette hypothermie, la tendance syncopale, la brusquerie et la violence des douleurs, ont orienté mon examen plutôt vers une grossesse ectopique rompue. Mais, contrairement à cette hypothèse; la malade ne présente pas de signes d'hémorragie grave et la percussion ne révèle aucune matité dans les flancs. Au palper, je ne trouve aucune contracture, aucune défense de la paroi, il existe un peu de sensibilité localisée dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal ne révèle aucune sensibilité particulière du Douglas, ni des culs-de-sac latéraux. Les dernières règles, normales comme date et comme quantité sont terminées depuis huit jours. J'interviens aussitôt et, à défaut d'autre précision, j'incise au point sensible dans la fosse iliaque droite. L'appendice est sain, mais, au moment de l'extériorisation, il sort un peu de sang noir qui paraît venir du pelvis. J'agrandis l'incision

à sa partie inférieure et découvrant les annexes, je trouve à droite, à l'extrémité du pavillon de la trompe, insérée, sur une des franges, une hydatide de MOR-GAGNI, éclatée, tordue sur son mince pédicule, noire et atélectasiée. Un peu de sang noir est épanché aux alentours, et c'est tout. J'excise l'hydatide et je suture la paroi, après exploration de l'utérus et des annexes du côté gauche qui ne présentent rien d'anormal.

L'examen histologique de la pièce a été pratiqué par le Dr PAVIE qui nous a remis la note suivante : « La petite pièce examinée présente bien les caractères d'un débris wolffien avec un épithélium cilié à la périphérie sur la surface extérieure ». Nous pensons que cette anomalie est facilement explicable par l'éclatement de la vésicule, ainsi qu'en témoigne le sang, en petite quantité d'ailleurs épanché dans le péritoine; c'est l'éclatement qui a vraisemblablement retourné le petit kyste hématique et présenté à l'extérieur sa paroi interne ciliée.

Les suites opératoires ont été très simples et la malade a quitté l'hôpital le douzième jour.

L'intervention a été décidée, sans diagnostic précis. Malgré l'existence de signes permettant de penser à un accident aigu d'une grossesse extra-utérine, l'imprécision des signes physiques fait décider une incision iliaque droite siège de la douleur.

OBSERVATION N° 6
(A. HEINRICH et M. D. BROOKLYN)

M. S., âgée de 15 ans, bien développée. Par l'interrogatoire nous apprenons qu'elle fut réglée à 14 ans. La durée des règles est de huit jours et pendant les quatre premières périodes, elles survenaient toutes les deux semaines. Plus tard l'intervalle inter-mensuel augmente et les règles apparaissent toutes les six semaines.

Maladie actuelle. — La malade fut prise brusquement de douleurs abdominales, siégeant dans l'hypogastre. La dernière période menstruelle avait eu lieu deux mois avant l'apparition de ses douleurs actuelles et avait duré trois jours. Les douleurs augmentent progressivement d'intensité, s'accompagnent de vomissements et nécessitent l'hospitalisation de la malade.

Examen. — L'examen révèle une sensibilité marquée de la zone située au-dessus du point de MAC-BURNEY. Au toucher rectal on trouve une sensibilité de la partie gauche du cul-de-sac de Douglas. Pouls 92. Respiration 26. Température 38°2. Numération sanguine pratiquée le jour de son admission à l'hôpital 9.200 leucocytes. Formule leucocytaire 80 % de polynucléaires. L'analyse des urines est négative.

Intervention. — Elle est opérée le soir même de son admission par une incision de MAC-BURNEY. L'appen-

dice est normal. Un corps noirâtre en forme d'halteré pendait à l'extrémité frangée de la trompe droite. Chaque moitié de ce corps avait une base de un centimètre de diamètre sur un centimètre longueur et les deux parties étaient reliées par une portion rétrécie et courte, présentant une torsion complète d'un tour. Les deux ovaires étaient légèrement scléro-kystiques, les trompes normales. Après ligature de son pédicule, ce corps fut enlevé et l'abdomen suturé sans drainage. Guérison sans incident.

Examen microscopique. — L'appendice est normal. le kyste enlevé est tapissé d'une simple couche de cellules cuboïdes basses, sous lesquelles il existait des fibres musculaires lisses peu colorables. On note dans cette paroi un grand nombre de vaisseaux nécrosés dont quelques-uns hyalinisés et quelques groupes de polynucléaires. Le contenu du kyste est composé d'hématies ainsi que d'une matière gélatineuse amorphe et colorable à l'éosine.

Suites. — Les premières règles après l'opération sont accompagnées de crampes très douloureuses. Les périodes suivantes deviennent normales.

OBSERVATION N° 7

(ROUDIL) *Bordeaux Chirurgial* 1932

Mlle B. (Marie-Louise), 14 ans entre le 24 juin 1931, dans le service de notre Maître M. le Professeur ROCHER, pour un syndrome douloureux abdominal.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Cette fillette n'a rien présenté d'anormal dans son jeune âge et son passé pathologique se réduit à une entérite légère et une coqueluche.

Elle n'est pas encore réglée.

Histoire de la maladie. — Quelque temps avant son entrée à l'hôpital elle a présenté une petite crise douloureuse abdominale, comparée à des crampes, dans la fosse iliaque droite, sans vomissements, ni nausées.

C'est le 23 au soir qu'elle a ressenti une douleur violente dans la fosse iliaque droite, avec vomissements abondants. La température ne fut pas prise à ce moment-là.

Le 24, la douleur, moins violente persistait toujours et s'accompagnait de nausées. Les parents conduisent leur enfant à l'hôpital. A l'examen, nous trouvons une défense musculaire assez marquée du côté droit de l'abdomen, avec douleur nette dans la région du point de MAC-BURNEY. Le toucher rectal réveille une douleur dans le côté droit du cul-de-sac de Douglas où nous sentons une petite masse allongée.

Pouls 80, température 37°8, facies bon.

Nous portons le diagnostic d'appendicite subaiguë et nous opérons sous anesthésie générale chloroforme-éther.

Incision de JALAGUIER; à l'ouverture du péritoine, pas de liquide, on sent avec le doigt un appendice rétro-cæcal. Appendicectomie, enfouissement. L'appendice long, gros comme un crayon nous paraît sain.

Mettant alors la malade en Trandelenburg suivant l'habitude du service dans des cas semblables, nous examinons les organes génitaux. Au niveau de la trompe droite, dans la région de la frange tubo-ovarienne, et appendue à elle, nous trouvons une masse rougeâtre de 1 centimètre 5 environ de diamètre, avec par endroits, des zones nécrotiques et présentant un pédicule de 1 centimètre 5, tordu une fois sur lui-même, dans le sens des aiguilles d'une montre. Section du pédicule après ligature de sa base. Fermeture du ventre en trois plans. Crins cutanés. Suites opératoires sans incident. On enlève les crins le dixième jour. Exéat le dixième jour. Guérison complète. Revue tout récemment, la guérison se maintient Les règles n'ont pas encore apparû.

La pièce enlevée fut placée dans un liquide conservateur, car nous ne savions pas de quoi il s'agissait, et c'est en revoyant nos livres d'anatomie que nous avons pensé à l'hydatide de MORGAGNI.

Le peu d'intérêt que l'on accorde à cet organe dans nos livres classiques d'anatomie, le silence sous lequel on le passe dans les livres classiques de chirurgie et enfin la rareté de ces lésions, ne nous avaient pas incité à penser à lui lorsque nous l'avons enlevé.

Ici la torsion s'est traduite cliniquement par des douleurs violentes avec vomissements, cependant le siège de la douleur à droite, l'existence d'une défense musculaire assez marquée de la région de la fosse iliaque droite font poser le diagnostic d'appendicite. La petite masse constatée par le toucher rectal sem-

ble bien correspondre à l'hydatide tordue ainsi que l'atteste la douleur produite à son niveau. Les petites crises antérieures retrouvées par l'interrogatoire étaient dues probablement à des torsions avortées.

OBSERVATION N° 8 (MAC DERMOTT)

Une jeune fille de 16 ans, bien portante est prise vers 5 heures de l'après-midi de douleurs abdominales, d'abord généralisées et qui se sont localisées par la suite à la fosse iliaque droite accompagnées de vomissements.

A l'examen : température 38°. Le pouls bien frappé bat à 96. L'examen de l'abdomen montre une diminution des mouvements pendant la respiration, une certaine rigidité limitée de la fosse iliaque droite autour du point de MAC-BURNEY. On porte le diagnostic d'appendicite et une heure plus tard l'abdomen est ouvert par l'incision de DAVIS; à travers l'incision jaillit une quantité importante de liquide séro-hémétique. L'appendicite, qui montre une hyperhémie de son revêtement séreux est enlevé, mais cette lésion ne justifiant pas l'existence d'une telle quantité d'exudation sanguine, on procède à l'exploration de la cavité pelvienne. L'ovaire droit est polykystique. L'utérus et les annexes sont normaux. Les deux hydatides droites de MORGAGNI, plus larges que normalement, présentent un pédicule long de 15 millimètres. Celle du haut est tordue sur son pédicule de deux tours complets

dans le sens inverse de celui des aiguilles d'une montre et offre la dimension et la couleur d'une cerise. Son pédicule fut ligaturé et l'hydatide tordue enlevée, de même que l'autre hydatide. Suture de l'abdomen sans drainage. Guérison.

Dans cette observation la localisation des symptômes dans la fosse iliaque droite, l'existence de contracture et d'un état fébrile, semblaient justifier le diagnostic porté d'appendicite aiguë.

OBSERVATION N° 9 (TRACTENBERG et BROOKLYN)

Mme H. B., jeune femme de 29 ans, bien portante jusqu'alors, est admise d'urgence à l'hôpital pour un syndrome abdominal aigu, intéressant la partie inférieure gauche de l'abdomen.

Antécédents. — Réglée à l'âge de 13 ans règles accompagnées de fortes douleurs durant quatre jours et surviennent tous les trois mois. La malade se marie à l'âge de 20 ans. Après son mariage les périodes menstruelles deviennent régulières (tous les 28 jours). Deux ans après son mariage elle était accouchée d'un enfant normal. La grossesse et l'accouchement furent en tous points normaux. Ce n'est que pendant ces trois dernières années que les périodes menstruelles redevinrent irrégulières et douloureuses.

Deux mois avant son admission la malade présente un syndrome douloureux accompagné de nausées et vomissements.

Histoire actuelle. — Le jour de son hospitalisation, elle avait ressenti une douleur terrible dans le bas-ventre sous forme de crampe, vomissements. La température est à son entrée de 38°2, le pouls à 120, la respiration 28.

A l'examen, l'abdomen est distendu, douloureux surtout dans le quadrant inférieur gauche. Au toucher vaginal, on sent un petit corps dans le cul-de-sac gauche, mobile très douloureux. Un liquide brunâtre s'évacue du vagin.

Numération globulaire 13.500 globules blancs formule leucocytaire 80 % de polynucléaires, globules rouges 3.800.000. Valeur globulaire 65 %.

Nous portons le diagnostic clinique de grossesse extra-utérine gauche, justifié par les symptômes que nous avons constatés : aménorrhées durant deux mois, masse douloureuse palpable du côté gauche, hémorragie utérine

Intervention. — Six heures plus tard nous opérons. Laparotomie médiane sous-ombilicale. La cavité abdominale contient un liquide séro-sanguinolent. La trompe gauche est rouge et congestionnée, son extrémité frangée œdémateuse.

Un kyste rouge foncé de la grosseur d'une petite orange de Tanger (4 cm. sur 3) pendait d'une frange par l'intermédiaire d'un pédicule long de 3 centimètres. C'est une hydatite pédiculée de Morgagni, présentant une torsion de deux tours complets. Nous ne remarquons rien d'autre dans la cavité pelvienne. Ablation. Guérison sans incident.

Examen histologique. Le kyste est tapissé d'une simple couche cellulaire cubique. Les vaisseaux de sa paroi sont nécrosés et quelques-uns hyalinisés. Le contenu est composé de liquide séro-sanguin.

Dans cette observation, l'apparition brutale des symptômes, ainsi que leur intensité, l'irrégularité de la période menstruelle et la perception au toucher vaginal d'une tumeur dure et douloureuse orientent le diagnostic vers un accident d'une grossesse ectopique. Toutefois, signalons l'existence d'une crise similaire antérieure deux mois auparavant.

OBSERVATION N° 10

(TAIHEFER et ADRIANOPOULOS)

Mme L. Yvonne, 30 ans. La malade est vue d'urgence par le Docteur A. TAILHEFER, le 21 octobre 1933, pour une crise douloureuse abdominale extrêmement violente. La patiente, enceinte de deux mois et demi, souffre depuis une quinzaine de jours. Les douleurs ont apparu brutalement, dans la fosse iliaque gauche, et ont irradié dans tout l'abdomen. Après une première rémission, la crise s'est répétée, suivie de plusieurs autres de plus en plus violentes et rapprochées. La température s'est élevée à 40° au début, elle est ensuite redescendue à la normale. Au moment de l'examen, l'intensité de la douleur abdominale est le symptôme capital; il y a eu quelques vomissements, l'état général est bon, le pouls à

100. Le palper montre un abdomen douloureux, souple, mais avec défense dans la partie gauche; il n'y a pas de contracture, les régions vésiculaires et lombaires ne sont pas douloureuses. Au toucher : signes de grossesse au début, utérus mou et globuleux, douleur d'intensité moyenne dans le cul-de-sac gauche, pas de masse para-utérine. Depuis le début de la grossesse, l'arrêt des règles est total et il n'y a pas de métrorragie pouvant faire penser à une grossesse ectopique. En résumé, on se trouve en présence d'une femme enceinte de deux mois et demi, sans signe anormal de grossesse et chez laquelle la douleur abdominale gauche, apparue il y a quinze jours évolue par crises et atteint actuellement une intensité insupportable. L'appendice a été enlevé il y a un an, il ne s'agit pas de colique vésiculaire ou rénale, il n'y a pas de signe de lésion gastrique.

La malade souffrant de plus en plus, on décide d'intervenir chirurgicalement sans diagnostic précis.

Opération le 21 octobre 1933 (Dr A. TAILHEFER). Anesthésie générale au mélange de Schleich.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est normal pour une grossesse de deux à trois mois. Les annexes droites sont normales; à gauche sur la portion infundibulaire de la trompe, on remarque une sorte de bille violacée du volume d'une grosse cerise et reliée au pavillon tubaire par un pédicule assez grêle de un centimètre de long et tordu sur plusieurs tours. Exérèse. On vérifie la cicatrice intestinale d'appendicectomie qui est parfaite. La paroi est refer-

mée par suture au calgut du péritoine et suture aux crins perdus sur l'aponévrose.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La douleur a cessé complètement. Il n'y a pas eu menace d'avortement, mais trois mois plus tard, au cinquième mois, la patiente a avorté sans complication et sans qu'il soit nécessaire de pratiquer un curetage.

L'examen de la pièce a été fait par le Dr Paul GUÉRIN, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu.

1° Du point de vue microscopique, le petit kyste examiné est constitué par un pédicule de un centimètre de longueur, nettement tordu sur son axe et d'une vésicule de la grosseur d'une cerise, de couleur gris bleuâtre et distendue par un liquide louche, légèrement grumeleux.

2° Au microscope : la paroi de ce kyste est constituée par une tunique conjonctive musculaire assez richement vascularisée doublée sur sa face interne par un revêtement épithélial. Ce revêtement est représenté par une seule assise de hautes cellules prismatiques à noyaux, le plus souvent basaux, exceptionnellement en mitose. Elles offrent, au niveau de leur pôle apical une bordure ciliée à laquelle adhèrent encore quelques petits globes de sécrétion. Le pélicule est uniquement de structure conjonctivo-musculaire et présente lui aussi, une vascularisation assez riche. Il s'agit d'un résidu embryonnaire, dérivé étant donné sa situation microscopique de la partie génitale du corps de Wolff.

En somme crises antérieures nombreuses ayant la même symptomatologie que la crise actuelle : douleurs très fortes, vomissements légère défense, douleur dans le cul-de-sac gauche au toucher vaginal. L'intensité des symptômes fonctionnels contrastant avec la pauvreté des signes physiques imposent l'intervention.

OBSERVATION N° 11 (Dr Michel SALMON)
(*Académie de Chirurgie*, séance du 4 novembre 1936)

Fernande B..., 9 ans et demi, nous est adressée le 26 février 1936 avec le diagnostic d'appendicite subaiguë.

Le 24 février, dans l'après-midi, subitement, cette enfant a ressenti, dans la fosse iliaque droite et la région hypogastrique une douleur d'intensité moyenne, bientôt suivie de deux vomissements alimentaires. Température 39°3; rapidement tout rentre dans l'ordre. Les phénomènes pathologique disparaissent.

Depuis un an environ, survenaient, de temps en temps, dans la fosse iliaque droite, des douleurs abdominales, sous forme de petites coliques qui duraient deux ou trois heures sans vomissements, sans la moindre nausée.

Fernande a toutes les apparences d'une bonne santé, les antécédents sont peu chargés : on nous signale seulement une hypertrophie des amygdales qui a nécessité l'amygdalectomie. Température 37°4, pouls

85. Examen local : douleur à la partie tout à fait inférieure de la fosse iliaque droite, à un doigt au-dessus de l'arcade fémorale et à trois doigts au-dessous du point de Mac Burney. Il n'existe aucune contracture, ni aucune défense. Depuis 24 heures, il n'y a plus eu de nausée : la langue est propre. Selle normale le matin de l'entrée à l'hôpital.

Nous sommes un peu intrigué par la localisation basse de la douleur, bien au-dessous de la zone cœco-appendiculaire. C'est alors que nous faisons préciser par la famille les caractères des coliques accusées depuis un an par l'enfant.

Elles avaient un début brutal, survenaient sans cause apparente, à n'importe quelle heure de la journée. Elles étaient vives, s'accompagnaient même de « syncope » aux dires de la maman. Elles irradiaient vers la région lombaire, survenaient tantôt à intervalles rapprochés (trois ou quatre jours) tantôt à intervalles éloignés (plusieurs semaines) et disparaissaient au bout de deux ou trois heures sans laisser de traces, sauf un peu d'endolorissement.

Un examen radiologique (scopie et graphie) après repas opaque décèle : un léger retard du transit iléal; une image cœcale d'apparence normale; l'appendice n'est pas visible, le point de la douleur maxima siège bien en dedans et au-dessous du cæcum.

L'évolution et les caractères de la douleur nous font penser à la possibilité d'une torsion des annexes droites.

Intervention le 29 février sous anesthésie générale au balsoforme.

Afin de pouvoir explorer en même temps l'appendice et les annexes, nous employons une incision basse, incurvée, longue de 6 centimètres, dont le milieu est situé à 2 centimètres au-dessus de l'arcade et dont l'extrémité interne mord sur le bord externe du muscle grand droit. Les muscles larges sont dissociés au-dessus du canal inguinal, la gaine du droit est ouverte; le muscle est récliné en dedans. L'appendice libre, flottant est un peu congestionné. On l'enlève. Grâce au Trendelenberg et à une valve, on a une vue parfaite sur les annexes des deux côtés et sur l'utérus.

Au premier coup d'œil, les annexes ont un aspect absolument normal; mais en écartant les franges du pavillon de la trompe droite on découvre un petit corps allongé de 10 millimètres de long sur 3 de large, noir, violacé, retenu par un pédicule de 6 millimètres environ. Ce pédicule est tordu d'un tour et demi sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre. Il est inséré à la base d'une frange. On le résèque après ligature. Il s'agit manifestement d'une torsion de l'hydatide de Morgagni. Les annexes du côté gauche sont normales. Il existe un peu de liquide hématique dans le Douglas. Suture en quatre plans. Cicatrisation par primaire. L'examen histo-pathologique de l'hydatide n'a pu être fait par suite d'une erreur de transmission. L'examen de l'appendice a

décelé des lésions légères d'appendicite chronique (hyperplasie très marquée des follicules lymphoïdes).

Cette observation montre bien l'évolution de l'affection par crises douloureuses, violentes, étagées sur quelques mois.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la torsion de l'hydatide de Morgagni chez la femme n'a jamais été fait et il n'y a pas lieu de s'en étonner si l'on pense à l'extrême rareté de cette affection, dont les ouvrages classiques ne font nulle mention.

Les éléments qui composent son tableau clinique n'ont en effet rien de pathognomonique et leur groupement, différent suivant les cas a toujours fait penser à d'autres affections beaucoup plus fréquentes.

Tantôt l'agencement des symptômes oriente vers le diagnostic d'appendicite aiguë ou subaiguë. On y retrouve effectivement dans plusieurs observations un début brutal par une douleur localisée dans la fosse iliaque droite accompagnée de vomissements, de légère défense dans la paroi antérieure de la fosse iliaque droite. Souvent la malade présente en outre de la température, une leucocytose avec polynucléose, tous signes donnant facilement le change. Les crises antérieures sont interprétées comme des atteintes appendiculaires peu graves où tout rentre spontanément dans l'ordre.

Il est indubitable que pour certains cas cette similitude du tableau clinique est impressionnante et l'er-

reur est fatale. Pourtant dans la plupart des observations la ressemblance n'est point parfaite. Il y a un contraste frappant entre l'intensité des signes fonctionnels et généraux d'une part et les signes physiques d'autre part. La douleur est de règle d'une acuité extrême tout au moins pendant la phase du début, bien plus brutale et plus intense que dans une appendicite banale. Le pouls est rapide, la malade est angoissée, parfois très shockée, chose rare en cas d'appendicite. Contrastant avec ce tableau impressionnant, les signes physiques sont extrêmement frustes. On y trouve un simple point douloureux, avec parfois un peu de défense pariétale, sans aucune contracture nette. D'autre part la localisation des symptômes est généralement plus basse, un peu au-dessus de l'arcade crurale.

Toutes ses nuances symptomatiques jointes à la notion de crises antérieures devraient plutôt faire préciser le diagnostic, vers une affection génitale.

D'autres fois l'absence de température, le début dramatique, la localisation basse de la douleur ou son existence à gauche font penser à une affection pelvienne. Dans ce sens toutes les erreurs ont été commises. La prédominance des symptômes de Schock, la douleur syncopale, la pâleur et la rapidité du pouls ont fait croire à une grossesse extra-utérine, une rupture de l'utérus gravide une torsion d'un kyste ovarien ou bien des annexes sains.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine nous semble devoir être assez facilement éliminé, à cause de l'absence de tout signe d'hémorragie interne et de la

moindre intensité des signes fonctionnels. Dans nos observations seulement dans deux cas la gravité du tableau clinique aurait pu le faire envisager. Pourtant, M. OKINCZYC, constatant l'absence de tout signe d'hémorragie interne l'a formellement éliminée et nous ne voulons pour preuve que l'incision iliaque qu'il a pratiquée à l'endroit où les symptômes étaient les plus nets.

Par contre la torsion des annexes ou d'un kyste ovarien emprunte exactement la même symptomathologie et l'erreur est inévitable.

Enfin dans quelques cas l'intervention fut pratiquée sans diagnostic ferme.

Sur onze observations les diagnostics portés furent :

1° Appendicite, trois cas de :

HEINRICH et BROOKLYN;
ROUDIL;
MAC DERMOTT.

2° Torsion des annexes ou d'une petite tumeur pelvienne, trois cas de :

RUSSEL;
WALTERS;
SALMON.

Notons toutefois que ce diagnostic ne fût que suspecté.

3° Grossesse extra-utérine un cas de :

TRACTENBERGER et BROOKLYN.

4° Rupture d'un utérus gravide, un cas de :

JOHNSTONE.

5° Aucun diagnostic précis, trois cas, ce sont les cas de :

ABERNETHY;

OKINCZYK;

TAILHEFER et ADRIANOPOULO.

A l'opération le diagnostic est facile si l'on incise sur la ligne médiane. Par contre une incision latérale insuffisante peut laisser passer cette affection inaperçue si l'on ne procède devant l'absence de lésions appendiculaires nettes à une exploration pelvienne. Souvent l'existence dans la cavité péritonéale d'une quantité plus ou moins abondante de liquide séro-sanglant ou de sang pur oriente les investigations vers le petit bassin.

TRAITEMENT

Le traitement de la torsion de l'hydatide de MOR-GAGNI ne peut être que chirurgical. Il est possible que l'opération ne soit pas absolument nécessaire, la guérison de cette affection pouvant survenir spontanément par la nécrose et la disparition de l'hydatide tordue. On pourrait même trouver là, comme le dit M. SALMON une des raisons pour lesquelles les observations de cette curieuse affection sont si rares. Mais hâtons-nous d'ajouter que cette évolution favorable ne doit pas être considérée comme la règle; il serait dangereux de l'escompter.

Cette discussion pourrait avoir une valeur si le diagnostic de torsion de l'hydatide était cliniquement possible, or il n'en est rien.

En réalité, le problème se pose en pratique d'une façon tout à fait différente. On est appelé auprès d'une malade dont l'état fait envisager la possibilité d'une affection abdominale chirurgicale sérieuse, appendicite, torsion ou rupture d'une grossesse extra-utérine, affection dont le traitement est uniquement chirurgical. La constatation d'une torsion de l'hydatide n'est faite qu'à l'opération. Aussi la question de temporisation ne peut même pas être soulevée.

L'incision employée est différente suivant que l'on avait fait le diagnostic d'appendicite ou d'affection génitale.

Dans le premier cas l'incision est très suffisante pour une exploration annexielle à condition d'être prolongée vers le bas et d'entamer la gaine du grand droit. Le dernier muscle écarté en dedans, l'artère épigastrique sectionnée entre deux ligatures, ainsi que le préconise depuis très longtemps le Professeur CUNÉO, on a toute la place nécessaire pour une opération sur les annexes droites.

La laparotomie médiane sous-ombilicale est employée lorsqu'on croit à une affection pelvienne. Elle est certainement la meilleure par le jour qu'elle donne, surtout sur la lésion qui siège à gauche.

Le traitement de l'hydatide tordue est simple; il consiste à son excision après avoir pratiqué la ligature de son pédicule.

Les suites opératoires ont toujours été excellentes, la mortalité est nulle.

CONCLUSIONS

1° La torsion de l'hydatide pédiculée de MORGAGNI est rare. Nous n'avons pu rassembler que onze observations.

2° Son expression clinique est assez imprécise. Elle se caractérise par des signes fonctionnels importants; douleurs très intenses, siégeant dans les fosses iliaques ou la région hypogastrique, des signes de shock variables mais importants, rapidité du pouls, pâleur, sueurs, parfois tendances syncopales. Les signes physiques sont par contre peu marqués, douleur provoquée, absence de contracture ou existence d'une légère défense, douleur dans un cul-de-sac au toucher vaginal. La présence d'une masse pelvienne perceptible est exceptionnelle.

3° Son diagnostic n'a jamais été fait, la confusion la plus fréquente se faisant avec l'appendicite ou une affection pelvienne aiguë : torsion annexielle ou tumeur, grossesse extra-utérine.

4° Son traitement consiste à l'excision de l'hydrotide tordue.

5° Les suites opératoires ont toujours été bénignes, la guérison constante.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- D.-A. ABERNETHY. — Torsion and strangulation of a Hydatid of Morgagni. (*British Medical Journal*, VI, p. 144, année 1929.)
- HOVELACQUE. — Les organes génitaux et le périnée de la femme. (*Traité d'anatomie humaine*, Poirier, Charpy.)
- R.-W. JOHNSTON. — Torsion and strangulation of a hydatid of Morgagni. (*British Medical Journal*, p. 320, an 1929, VI.)
- A. HEINRICH et M.-D. BROOKLYN. — Hémorragie into hydatid of Morgagni simulating acute appendicitis. (*American Journal of obstetric and gynecology*, p. 121 + 21, an 1931.)
- E. MAC DERMOTT. — Torsion of hydatid of Morgagni simulating acute appendicitis. (*British Medical Journal*, p. 679, v. 2, an 1934.)
- OKINCZYK. — Torsion d'une hydatide pédiculée. (in *Mou-dor Diagnostics urgents*, p. 726, 1^{re} édition.)
- RIEFFEL. — Appareil génital de la femme. (in *Traité d'Anatomie Poirier et Charpy*.)
- M.-G. ROUDIL. — Sur un cas de torsion de l'hydatide pédiculée de Morgagni chez la fille. (*Bordeaux chirurgical*, p. 351, an 1932.)
- H. RUSSEL ANDREWS. — A case in which of a hydatid of Morgagni during pregnancy without torsion of tube or ovary, caused urgent symptoms. (*Journal of obstetric and gynecology of the British Empire*, p. 220, an 1912, t. 22.)

- M. SALMON. — Torsion de l'hydatide de Morgagni chez la fillette. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, p. 1225, séance du 4 novembre 1936.)
- A. TAIHEFER et A. ADRIANOPOULO. — Torsion de l'hydatide pédiculée, de Morgagni chez une femme enceinte. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, p. 975, séance du 24 juin 1936.)
- TRACTENBERG et M.-D. BROOKLYN. — Torsion of the hydatid of Morgagni simulating early ruptured ectopic pregnancy. (*American Journal of obstetric and gynecology*, vol. 31, p. 162, an 1936.)
- F. TOURNEUX. — *Précis d'embryologie humaine*.
- CHESTER H. WATERS. — Torsion of an eularged hydatid of Morgagni as the cause of acute abdominal disturbance. (*Journal of American medical Association*, p. 1072 + 72 B, an 1919.)

